

Modèle d'ordonnance n°2

Identification du prescripteur

NOM, Prénom

Numéro RPPS

Numéro AM ou FINESS établissement

Le.....20....

Identification du patient

NOM, Prénom,

Date de naissance

Soins en rapport avec une ALD exonérante : Oui

Non

Bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire, pour (indiquer la pathologie / facultatif).....

Cachet et signature du prescripteur